柔道整復師の救護活動における脱臼の応急処置の考察
－肩鎖関節脱臼、肘関節脱臼の整復法及び固定法－

○難波英樹[1)]、山成康誠[2)]、髙梨祥一[2)]、大年和徳[1)]（[1)]ナンバ接骨院[2)]山王接骨院）

key words：応急処置、肩鎖関節脱臼、肘関節脱臼、整復、固定

【背景】柔道競技の外傷の統計をみると上肢の損傷が多い。その内、脱臼では肩鎖関節脱臼、肘関節脱臼の頻度が高い。救護の応急処置は、救急で当日病院を受診する以外は我々が応急処置した状態で最低24時間継続することを念頭に置かなければならない。したがって、いかに疼痛の少ない処置を行うかが重要なポイントである。

【方法と結果】肩鎖関節脱臼の診方として、肩鎖関節脱臼と鎖骨外端骨折の鑑別が重要である。階段状変形の有無、ピアノキー症状又は軋轢音触知によって判断が可能である。脱臼の場合はⅠ、Ⅱ、Ⅲ度の分類を行い、Ⅱ、Ⅲ度の場合は整復及び固定が必要である。図１に肩鎖関節脱臼の固定材料を示す。従来の鎖骨外端を圧迫整復してテーピングで押さえる方法は患部の疼痛が増強することが多い。我々の研究グループは、Ⅱ、Ⅲ度の場合、肩関節を機能的肢位（外転60～80°、水平屈曲30°、外旋20°）の状態で整復し、その肢位で腋窩に三角錐枕子（救護時は大きめのタオルなどをたたみ、角を折り返して作成する）を入れて固定肢位を保持し、小さな厚紙副子と柔整パッドを重ねて鎖骨外端を上方から圧迫（図２）、鎖骨及び肩甲骨を大きめの厚紙副子で覆い固定して（図３）三角巾で提肘する。機能的肢位は、肩甲上腕関節のみで運動が行われる外転30°以上、かつ、鎖骨がクランクシャフト状の回旋運動を始める外転90°以下の範囲にあり、鎖骨外端と肩峰が無理なく合わさる肢位である。このため上肢（肩関節）の機能的肢位整復及び三位一体固定（①胸郭の拡大、②上肢の挙上、③上方からの圧迫）はほぼ無痛で可能である。

肘関節脱臼の診方として、受傷機転および視診、触診にて脱臼の分類を見極めることが重要である。後方脱臼、側方脱臼（外方脱臼は橈骨頭および内顆が突出し、内方脱臼は外顆が突出する）、また脱臼骨折のケースを考慮しなければならない。側方脱臼の整復においては、牽引だけでは不可能なケースがあり、まず肘関節部を合掌で圧迫しながら側方を整復し、過伸展整復法を行うことにより整復が可能になる（図４）。図５に肘関節脱臼の材料を示す。固定においては、肘関節は骨性に安定しているため再転位はないが、血液の分布が豊富なため高度な腫脹が現れることを念頭におき、腫脹に対応できる固定材料（クラーメルと両側に厚紙副子）、固定肢位は肘関節屈曲60°（90°にすると腫脹の対応が難しい）、前腕中間位として腫脹に順応できる包帯が必要不可欠である（図６）。

【結語】柔道整復師は応急処置として脱臼は法的に整復でき、救護活動における外傷の応急処置は柔道整復師の生命線である。疼痛の少ない整復および固定材料の使い方を創意工夫し、可能な限り疼痛が少なく、損傷組織の良好な治癒環境を確保することが我々の使命ではないかと考える。

図１　肩鎖関節脱臼の固定材料

図２　肩鎖関節脱臼固定肢位の保持

図３　肩鎖関節脱臼の固定方法

図４　肘関節脱臼の整復方法

図５　肘関節脱臼の固定材料

図６　肘関節脱臼の固定方法